



Antrag auf Ausgleichsmaßnahmen aufgrund Sorgeverantwortung sowie in der Schwangerschaft, in der Stillzeit und im Mutterschutz

(Familienpass der Universität zu Lübeck)

Bitte beachten Sie: Familienpass – Hinweisblatt für Studierende

Das Referat Chancengleichheit und Familie prüft die grundsätzlichen Voraussetzungen für einen Nachteilsausgleich. Werden die Voraussetzungen genehmigt, reichen Sie den Antrag im Prüfungsausschuss Ihres jeweiligen Studiengangs (bei Bachelor- und Masterstudiengängen) oder der Studiengangsleitung (für das Medizinstudium) ein. Kontaktieren Sie die*den jeweilige*n Dozent*in, um den reibungslosen Ablauf der Klausur/Prüfung im Vorwege zu besprechen und sicherzustellen. Der Prüfungsausschuss prüft die beantragten Ausgleichsmaßnahmen und kann diese genehmigen. Eine Ablehnung ist vom Prüfungsausschuss schriftlich zu begründen. Ein Rechtsanspruch auf Durchsetzung der beantragten Ausgleichsmaßnahmen besteht nicht.

1) Persönliche Angaben

Name, Vorname

Matrikelnummer

Studiengang

Fachsemester

Email

Telefonnummer

2) Begründung des Antrags

3) Beizufügende Nachweise

Schwangerschaftsattest

Ärztliches Attest

Geburtsurkunde

Nachweis des Pflegegrades



Name:

Datum:

4) Angaben zu den beantragten Ausgleichsmaßnahmen

Bitte konkretisieren Sie, welche Ausgleichsmaßnahmen Sie beantragen. Geben Sie hierbei bitte an, auf welche Studien- und Prüfungsleistungen sich diese Maßnahmen beziehen. Die genannten Maßnahmen gelten nur als Indiz und sind keineswegs bindend.

Vorwahlrecht bei teilnahmebeschränkten Lehrveranstaltungen

Flexibilisierung bei anwesenheitspflichtigen Lehrveranstaltungen und anderen praktischen Prüfungsleistungen

Bitte konkretisieren Sie die Möglichkeiten der Flexibilisierung

Verlängerung der Bearbeitungszeit von studienbegleitenden Prüfungsleistungen

25%

50%

Verlegung von Prüfungsleistungen aufgrund von Schwangerschaft / Mutterschutz / bis sechs Wochen nach der Geburt

Rücktritt von den Prüfungsleistungen unter Angabe triftiger Gründe

Unterschrift Antragsteller*in

Ort, Datum

Unterschrift



Referat Chancengleichheit und Familie

Ort, Datum

Name Bearbeiter*in

Unterschrift

Prüfungsausschuss

alle Ausgleichsmaßnahmen werden genehmigt

einzelne Ausgleichsmaßnahmen werden genehmigt

Begründung für die Ablehnung

Ort, Datum

Name Bearbeiter*in

Unterschrift

Prüfungsamt

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Name Bearbeiter*in

Unterschrift